

# Γενική αντιμετώπιση Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων

ΚΩΝ/ΝΟΣ Μ. ΚΟΥΜΑΚΗΣ  
Διευθυντής Νευρολογικού τμήματος  
Ευρωκλινικής Αθηνών

*Τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (ΑΕΕ) αποτελούν, όπως είναι γνωστό, την τρίτη αιτία θανάτου και την πρώτη αιτία αναπηρίας στα ανεπτυγμένα κράτη. Ο ελεύθερος επαγγελματίας ιατρός συχνά αντιμετωπίζει στη χώρα μας ΑΕΕ, στην οξεία φάση, όταν δραστηριοποιείται στο χώρο της ιδιωτικής δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Πολλά πράγματα έχουν αλλάξει τα τελευταία χρόνια στον τρόπο που αντιμετωπίζουμε τα ΑΕΕ και πέρα από τις ειδικές θεραπείες, που αφορούν στο νευρολόγο, έχουν ξεκαθαρίσει και πολλά πράγματα που αφορούν σε όλους τους ιατρούς που νοσηλεύουν ασθενείς με οξύ ΑΕΕ. Για το λόγο αυτό, παραθέτουμε σήμερα τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Πρωτοβουλίας για τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Νοσήματα (EUSI), σχετικά με την Αντιμετώπιση των Οξέων Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων (Μετάφραση Κων/νος Σπέγγος, Λέκτορας Νευρολογίας).*

**Ο** όρος «Γενική αντιμετώπιση ΑΕΕ» αναφέρεται στις θεραπευτικές εκείνες στρατηγικές, οι οποίες αποσκοπούν στη σταθεροποίηση της κρίσιμης κατάστασης στην οποία βρίσκονται πολλοί ασθενείς, ούτως ώστε να ελεγχθούν όλα εκείνα τα συστηματικά προβλήματα, τα οποία μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τη συνολική έκβαση και να επιτευχθεί μια κατά το δυνατό καλύτερη βάση, πάνω στην οποία θα στηριχτεί η εφαρμογή της οποιασδήποτε ειδικότερης θεραπείας. Υπάρχει συμφωνία ότι η αντιμετώπιση των γενικών αυτών ιατρικών προβλημάτων, αποτελεί τη βάση στην οποία στηρίζεται η θεραπεία των ασθενών με οξύ ΑΕΕ. Στα πλαίσια της γενικής αυτής αντιμετώπισης περιλαμβάνεται η φροντίδα και ο έλεγχος της αναπνευστικής και καρδιακής λειτουργίας, του ισοζυγίου ύδατος και μεταβολιτών, η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και ενδεχομένως η θεραπεία της αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης. Επιπλέον στα ίδια πλαίσια κινείται και η ενδεχόμενη αντιεπιληπτική θεραπεία και η προφύλαξη για την αποφυγή εν τω βάθει φλεβικών θρομβώσεων, πνευμονικής εμβολής, δυσφαγίας, εισρόφησης, άλλων λοιμώξεων και κατακλίσεων.

Οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν ότι η υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών αποτελεί ουσιαστικά βασική θεραπεία. Θα πρέπει όμως κανείς να λαμβάνει υπόψη ότι τα όσα προτείνονται για τον έλεγχο της αρτηριακής υπέρ-

τασης, της υπεργλυκαιμίας και του πυρετού, σε ασθενείς με οξύ ΑΕΕ, δεν έχουν μέχρι στιγμής ποτέ μελετηθεί προοπτικά.

## Αναπνευστική λειτουργία και προστασία των αερόφόρων οδών

Για την ορθή αντιμετώπιση ενός οξέος ΑΕΕ και τη διατήρηση της μεταβολικής λειτουργίας εντός της λυκοφωτικής περιοχής (penumbra) απαιτείται η φυσιολογική αναπνευστική λειτουργία και η επαρκής οξυγόνωση του αίματος. Δεν υπάρχουν όμως στοιχεία προερχόμενα από προοπτικές μελέτες που να αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της χορήγησης οξυγόνου σε ασθενείς με εγκεφαλικό έμφρακτο. Η παρακολούθηση της αναπνευστικής λειτουργίας είναι χρήσιμη γιατί επιτρέπει την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της υποξίας. Κάτι τέτοιο μπορεί να αποτελέσει συνέπεια ενός εκτεταμένου ημισφαιρικού ή στελεχιαίου εμφράκτου, καθώς και μιας εκτεταμένης ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας ή ενδεχόμενα παρατεταμένης επιληπτικής δραστηριότητας. Μπορεί όμως να παρατηρηθεί και ως επιπλοκή σε ασθενείς με βαριά πνευμονία (κατά κανόνα λόγω εισρόφησης), με καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονική εμβολή ή έξαρση μιας χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας.

Σοβαρές διαταραχές του αερισμού μπορεί να παρατη-

► ρηθούν κατά τη διάρκεια του ύπνου. Εφόσον υπάρχει ένδειξη, η οξυγόνωση του αίματος βελτιώνεται σημαντικά με τη χορήγηση οξυγόνου μέσω ρινικού σωλήνα (2-4 λίτρα ανά λεπτό). Σε περιπτώσεις βαριάς διαταραχής της αναπνευστικής λειτουργίας με βαριά υποξαιμία ή σε ασθενείς με διαταραχές του επιπέδου συνείδησης (GCS<8) και σοβαρό κίνδυνο εισρόφησης, θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο άμεσης διασωλήνωσης. Η πρόγνωση των ασθενών με ΑΕΕ που διασωληνώνονται δεν είναι απαραίτητα κακή. Ορισμένες μελέτες έδειξαν ότι μέχρι και ένας στους τρεις διασωληνωμένους ασθενείς με βαρύ ΑΕΕ επιζούν για διάστημα ενός έτους.

Εξυπακούεται ότι προτού κανείς προβεί σε διασωλήνωση, θα πρέπει πρώτα να έχει συνεκτιμήσει τη συνολική πρόγνωση του ασθενούς, τις συνυπάρχουσες επιβαρυντικές για την επιβίωσή του συνθήκες και την ενδεχομένως ήδη διατυπωμένη βούληση του ίδιου ή της οικογένειάς του.

### Καρδιολογική φροντίδα

Δεν είναι ασυνήθιστη η εμφάνιση αρρυθμιών και κυρίως κολπικής μαρμαρυγής μετά από ένα ΑΕΕ. Η κλινική έκβαση των ασθενών μπορεί να επιβαρυνθεί επιπλέον από την εγκατάσταση καρδιακής ανεπάρκειας, οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου ή αιφνίδιου θανάτου καρδιολογικής αιτιολογίας. Στην οξεία φάση ενός ΑΕΕ μπορεί να παρατηρηθούν σημαντικές ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις, όπως για παράδειγμα μεταβολές των διαστημάτων ST και των κυμάτων T, καθώς και παρατάσεις των διαστημάτων QT που μιμούνται την εικόνα ισχαιμίας του μυοκαρδίου. Ταυτόχρονα, μπορεί να ανιχνευθούν και αυξημένες τιμές των ενζύμων του μυοκαρδίου.

Οι περισσότερες από τις περιπτώσεις αυτές σχετίζονται με προηγούμενο ιστορικό στεφανιαίας νόσου, αν και μπορεί να συνυπάρξουν ταυτόχρονα εγκεφαλική ισχαιμία και οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ανεξάρτητα όμως από το ιστορικό καρδιολογικού νοσήματος, θα πρέπει να

υπογραμμιστεί ο συσχετισμός μεταξύ ισχαιμικών εμφράκτων που προσβάλλουν τη νήσο του Reil και καρδιολογικών επιπλοκών.

Κάθε ασθενής με οξύ ΑΕΕ θα πρέπει να υποβάλλεται άμεσα σε ΗΚΓ. Οι ενδείξεις συνεχούς ΗΚΓ καταγραφής έχουν αναφερθεί προηγουμένως.

Βασική αρχή στα πλαίσια της αντιμετώπισης οξέων ΑΕΕ είναι η κατά το δυνατόν βελτίωση της καρδιακής παροχής με τη διατήρηση της αρτηριακής πίεσης σε σχετικά υψηλά, αλλά πάντα φυσιολογικά επίπεδα καθώς και με τη διατήρηση του καρδιακού ρυθμού εντός των φυσιολογικών ορίων. Η κεντρική φλεβική πίεση θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 8-10cm H<sub>2</sub>O.

Η διαρκής καταγραφή και παρακολούθησή της, αν και σπάνια γίνεται σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε κοινό θάλαμο, μπορεί έγκαιρα να διακρίνει πιθανό έλλειμμα ή πλεόνασμα ενδοαγγειακού όγκου. Και οι δύο αυτές καταστάσεις μπορεί να έχουν αρνητικές συνέπειες για τη διήθηση του εγκεφαλικού παρεγχύματος. Ως εκ τούτου, ο ενδοαγγειακός όγκος θα πρέπει να διατηρείται σταθερός. Μεταξύ των διαφόρων ινοτρόπων ουσιών, η Ντοπουταμίνη έχει το πλεονέκτημα να αυξάνει την καρδιακή παροχή χωρίς να επηρεάζει ουσιαστικά την αρτηριακή πίεση ή τις καρδιακές σφίξεις.

Η χρήση ντοπαμίνης μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε περιπτώσεις ασθενών με αρτηριακή υπόταση ή νεφρική ανεπάρκεια. Η αύξηση της καρδιακής παροχής μπορεί να βελτιώσει τη διήθηση του εγκεφαλικού παρεγχύματος σε περιοχές που έχουν χάσει την ικανότητα αγγειακής αυτορύθμισης μετά από οξεία ισχαιμική βλάβη. Εάν παραστεί ανάγκη, η αποκατάσταση του φυσιολογικού καρδιακού ρυθμού μπορεί να γίνει είτε φαρμακευτικά, είτε μετά από ηλεκτρική ανάταξη, είτε τέλος με την τοποθέτηση βηματοδότη και πάντα σε συνεργασία με παθολόγο ή καρδιολόγο.

### Ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης

Με βάση το δεδομένο ότι σημαντικός αριθμός ασθενών με οξύ ΑΕΕ παρου-

σιάζουν αυξημένες τιμές αρτηριακής πίεσης, αποκτά καθοριστική σημασία ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης και η αποτελεσματική ρύθμισή της.

Υπάρχουν αφενός δεδομένα που υποστηρίζουν την άμεση φαρμακευτική ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης στην οξεία φάση, όπως αφετέρου υπάρχουν στοιχεία που δηλώνουν το ακριβώς αντίθετο. Ο μηχανισμός αυτορύθμισης της αιματικής ροής του εγκεφάλου μπορεί να είναι διαταραγμένος στις προσβεβλημένες από την ισχαιμία περιοχές. Η ροή του αίματος στη λυκοφωτική περιοχή (penumbra) εξαρτάται παθητικά από τη μέση αρτηριακή πίεση. Ως εκ τούτου θα πρέπει να αποφεύγονται απότομες μεταβολές και πτώσεις της αρτηριακής πίεσης, προκειμένου να διασφαλιστούν επαρκείς τιμές πίεσης εγκεφαλικής διήθησης. Πέραν αυτών, θα πρέπει να επισημανθεί ότι σε πολλές περιπτώσεις η αύξηση των τιμών αρτηριακής πίεσης είναι επιφανικό φαινόμενο άλλων καταστάσεων που επιδέχονται ρύθμιση και ότι συνήθως οι τιμές αρτηριακής πίεσης ελαττώνονται αυτόματα και επανέρχονται σε φυσιολογικά επίπεδα εντός των πρώτων ημερών από την εγκατάσταση του ΑΕΕ. Σε ασθενείς με γνωστό ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης στόχος θα πρέπει να είναι η διατήρηση των τιμών συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης μέχρι τα 180mmHg και τα 100-105mmHg αντίστοιχα. Σε άλλες περιπτώσεις οι επιθυμητές τιμές είναι χαμηλότερες (160-180/90-100 mmHg).

Είναι προφανές ότι πολύ αυξημένες τιμές αρτηριακής πίεσης δεν είναι αποδεκτές. Εφόσον καταγραφούν τιμές συστολικής αρτηριακής πίεσης άνω των 220mmHg και διαστολικές τιμές άνω των 120mmHg (σε ορισμένα κέντρα της Βορείου Αμερικής, τα αντίστοιχα όρια φτάνουν τα 240 και 130mmHg), τότε υπάρχει ένδειξη άμεσης, αλλά προσεκτικής, φαρμακευτικής παρέμβασης. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να αποφεύγεται η απότομη και δραστική μείωση της πίεσης (πίνακας 8). Πέραν των περιπτώσεων αυτών, υπάρχει και μια σειρά άλλων καταστάσεων που αποτελούν ενδεί-

► Ξεις άμεσης χορήγησης αντιυπερτασικής αγωγής. Πιο συγκεκριμένα, κάτι τέτοιο είναι απαραίτητο σε περίπτωση ταυτόχρονου οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (αν και η απότομη μείωση των τιμών αρτηριακής πίεσης μπορεί να είναι καταστροφική και για τους ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου), καρδιακής ανεπάρκειας, οξείας νεφρικής ανεπάρκειας και διαχωρισμού του αορτικού τόξου. Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θρομβόλυση ή λαμβάνουν ηπαρίνη ενδοφλεβίως, θα πρέπει να αποφεύγονται τιμές συστολικής πίεσης άνω των 180mmHg.

Αντιυπερτασική αγωγή μπορεί να ξεκινήσει και στις περιπτώσεις όπου με τη βοήθεια της αξονικής τομογραφίας διαπιστώνεται μη ισχαιμικού τύπου ΑΕΕ, όπως δηλαδή υπαρανοειδής ή ενδοεγκεφαλική αιμορραγία και υποσκληρίδιο αιμάτωμα. Η χορήγηση νιφεδιπίνης υπογλωσσίως πρέπει να αποφεύγεται, λόγω του κινδύνου πρόκλησης απότομης πτώσης της πίεσης, φαινομένου υποκλοπής, και αντιδραστικής υπέρτασης. Μπορεί να χορηγηθεί καπτοπρίλη από το στόμα (6,25-12,5mg).

Θα πρέπει όμως να ληφθεί υπόψη η σύντομη διάρκεια δράσης της και το ενδεχόμενο ακόλουθης απότομης μεταβολής της πίεσης. Στη Βόρειο Αμερική εφαρμόζεται ευρέως η ενδοφλέβια χορήγηση λαβεταλόλης (10 mg). Ολοένα και πιο συχνά χορηγείται σε ανάλογες καταστάσεις ουραπιδίλη ενδοφλεβίως. Τέλος, μερικές φορές συνιστάται, η χορήγηση νιτροπρωσσικού νατρίου παρά τις πιθανές σοβαρές παρενέργειες, όπως είναι η αντανακλαστική ταχυκαρδία και η ισχαιμία των στεφανιαίων. Η εμφάνιση χαμηλών τιμών αρτηριακής πίεσης σε ασθενείς με οξύ ΑΕΕ είναι ασυνήθιστη και μπορεί να αποτελέσει συνέπεια εκτεταμένου εγκεφαλικού εμφράκτου, καρδιακής ανεπάρκειας ή ισχαιμίας ή να παρατηρηθεί στα πλαί-

σια σπυμιάς.

Στις περιπτώσεις αυτές, η αρτηριακή πίεση μπορεί να αυξηθεί με την απλή ενυδάτωση ή τη χορήγηση κολλοειδών διαλυμάτων. Σε περίπτωση χαμηλής καρδιακής παροχής μπορεί να κριθεί απαραίτητη η χορήγηση ινοτρόπων φαρμάκων.

### Μεταβολισμός της Γλυκόζης

Συχνά παρατηρούνται κατά την άφιξη ασθενών με οξύ ΑΕΕ στο νοσοκομείο αυξημένες τιμές σακχάρου αίματος, επί εδάφους γνωστού ή μέχρι



τότε αγνώστου σακκαρώδους διαβήτη. Κάτι τέτοιο όμως μπορεί να σημειωθεί και σε μη διαβητικούς ασθενείς (van Kooten et al 1993).

Τα υψηλά επίπεδα γλυκόζης είναι επιβλαβή για τους ασθενείς με οξύ ΑΕΕ. Αυτό ισχύει τόσο για τους διαβητικούς ασθενείς που μπορεί να παρουσιάσουν δραματική επιδείνωση της μεταβολικής τους κατάστασης, κατά την οξεία φάση του ΑΕΕ, όσο και για τους μη διαβητικούς. Ως εκ τούτου, μπορεί να χρειαστεί η χορήγηση ινσουλίνης για ένα ενδιάμεσο χρονικό διάστημα.

Τιμές σακχάρου άνω των 10mmol/L δικαιολογούν την άμεση χορήγηση ινσουλίνης. Σε ασθενείς με οξύ ΑΕΕ δεν πρέπει να χορηγούνται σακκαρούχα διαλύματα, παρά μόνο εφόσον είναι γνωστές οι τιμές σακχάρου. Από

την άλλη πλευρά και η υπογλυκαιμία μπορεί, σε σπάνιες περιπτώσεις, να μιμηθεί την κλινική εικόνα ενός οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ και θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με την άμεση χορήγηση δεξτρόζης ενδοφλεβίως ή με τη χορήγηση διαλύματος γλυκόζης 10-20%, κατά προτίμηση μέσω κεντρικής φλεβικής οδού.

### Θερμοκρασία σώματος

Σε πειραματικό επίπεδο η υπερθερμία αυξάνει το μέγεθος του ισχαιμικού εμφράκτου. Κατά το πρώτο 48ωρο μετά την εγκατάσταση του ΑΕΕ, παρατηρείται συχνά πυρετός, ο οποίος επηρεάζει αρνητικά την κλινική έκβαση.

Από την άλλη, δε θα πρέπει να λησμονηθεί ότι και οι λοιμώξεις αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση ΑΕΕ και ότι πολλοί ασθενείς προσβάλλονται από λοιμώξεις μετά από ένα ΑΕΕ. Θα πρέπει λοιπόν σε αυτές τις περιπτώσεις να γίνεται έρευνα για την ανεύρεση του αίτιου που προκάλεσε τη λοίμωξη, έτσι ώστε να χορηγηθεί η αντίστοιχη

φαρμακευτική αγωγή. Η προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών, αντιμυκητιασικών ή ιστατικών φαρμάκων σε μη ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς δε συνιστάται.

Μικρές τυχαίοποιημένες μελέτες περιέγραψαν αντικρουόμενα αποτελέσματα αναφορικά με τη χορήγηση υψηλών δόσεων αντιυπερτασικών στην οξεία φάση. Πάραυτα, συνιστάται η αντιμετώπιση του πυρετού σε ασθενείς με οξύ ΑΕΕ. Αν και δεν υπάρχουν σχετικά δεδομένα προερχόμενα από προοπτικές μελέτες, θα πρέπει κανείς να χορηγήσει αντιυπερτασική αγωγή, εφόσον καταγραφούν τιμές θερμοκρασίας άνω των 37,5°C.

### Ισοζύγιο ύδατος και ηλεκτρολυτών

Οι ασθενείς με οξύ ΑΕΕ θα πρέπει να ►

▶ έχουν ένα ισορροπημένο ισοζύγιο ύδατος και ηλεκτρολυτών, προκειμένου να μην επηρεαστεί η διήθηση του εγκεφαλικού παρεγχύματος και η νεφρική λειτουργία. Μέχρι ενός βαθμού, η αφυδάτωση κατά την άφιξη των ασθενών στο νοσοκομείο σχετίζεται με χειρότερη κλινική έκβαση.

Ανάλογα με το βαθμό της αφυδάτωσης, θεωρητικά, όλοι οι ασθενείς με οξύ ΑΕΕ χρειάζονται την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, με στόχο ένα ελαφρώς θετικό ισοζύγιο. Χρειάζεται όμως προσοχή γιατί η ανεξέλεγκτη χορήγηση υγρών μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή ανεπάρκεια ή εγκεφαλικό οίδημα. Σε περίπτωση ανάπτυξης εγκεφαλικού οιδήματος, επιθυμητό είναι ένα ελαφρώς αρνητικό ισοζύγιο. Αντενδείκνυται η χορήγηση υπότονων διαλυμάτων (NaCl 0,45% ή γλυκόζη 5%), λόγω του κινδύνου επιδείνωσης του εγκεφαλικού οιδήματος.

Η εμφάνιση σοβαρών ηλεκτρολυτικών διαταραχών σε ασθενείς με ισχαιμικό ΑΕΕ είναι σπάνια. Πάραυτα, θα πρέπει να γίνεται καθημερινός έλεγχος των ηλεκτρολυτών και ανάλογη ρύθμισή τους. Η τοποθέτηση περιφερικής φλεβικής οδού είναι, κατά κανόνα, αρκετή. Κεντρική φλεβική οδός θεωρείται απαραίτητη σε περίπτωση που χορηγηθούν μεγάλες ποσότητες υγρών ή υπεροσμωτικά διαλύματα.

#### Συστάσεις (όλες επιπέδου τεκμηρίωσης IV)

1. Συνεχής καταγραφή και παρακολούθηση της καρδιακής λειτουργίας κατά τις πρώτες 48 ώρες από την εγκατάσταση ενός ΑΕΕ συνιστάται στην περίπτωση ασθενών με:
  - Προηγούμενο ιστορικό καρδιακού νοσήματος.
  - Ιστορικό αρρυθμίας.
  - Ασταθή αρτηριακή πίεση.
  - Συμπτώματα και σημεία ενδεικτικά καρδιακής ανεπάρκειας.
  - Παθολογικά ευρήματα στο ΗΚΓ εισόδου.
  - Ισχαιμικό έμφρακτο στην περιοχή της νήσου του Reil.
2. Συνιστάται η καταγραφή και παρακολούθηση της οξυγόνωσης του αίματος με τη βοήθεια παλμικού οξυμέτρου.
3. Σε περίπτωση υποξαιμίας συνιστάται η χορήγηση οξυγόνου (εφόσον με τη βοήθεια παλμικού οξυμέτρου διαπιστωθεί κορεσμός οξυγόνου <92%).
4. Σε περίπτωση πιθανόν αναστρέψιμης αναπνευστικής ανεπάρκειας συνιστάται διασωλήνωση και μηχανική υποστήριξη της αναπνοής.
5. Δε συνιστάται, στα πλαίσια της θεραπείας ρουτίνας, η μείωση της αρτηριακής πίεσης, παρά μόνο εάν σε επανειλημμένες μετρήσεις διαπιστωθούν υπερβολικά αυξημένες τιμές (συστολική πίεση >200-220mmHg και διαστολική πίεση >120mmHg σε ασθενείς με ισχαιμικό ΑΕΕ καθώς >180mmHg και >105mmHg σε ασθενείς με αιμορραγικό ΑΕΕ αντίστοιχα).
6. Η άμεση χορήγηση αντιυπερτασικής αγωγής σε ασθενείς που παρουσιάζουν χαμηλότερες τιμές πίεσης από τις προαναφερθείσες, συνιστάται εφόσον συνυπάρχουν καρδιακή ανεπάρκεια, διαχωρισμός της αορτής, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή οξεία νεφρική ανεπάρκεια ή

εάν προηγουμένως έχει χορηγηθεί θρομβολυτική αγωγή ή ο ασθενής λαμβάνει ηπαρίνη ενδοφλεβίως.

7. Συνιστάται οι τιμές αρτηριακής πίεσης να μην ξεπερνούν τα:
    - 180/100-105mmHg σε ασθενείς με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης.
    - 160-180/90-100mmHg σε ασθενείς χωρίς ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης.
    - 180mmHg συστολικής πίεσης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θρομβόλυση.
  8. Φάρμακα των οποίων συνιστάται η χρήση για τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης στην οξεία φάση ενός ΑΕΕ είναι τα ακόλουθα:
    - Λαβεταλόλη ή ουραπιδίλη ενδοφλεβίως.
    - Νιτροπρωσσικό νάτριο ή νιτρογλυκερίνη ενδοφλεβίως.
    - Καπτοπρίλη από το στόμα.
  9. Θα πρέπει να αποφεύγεται η χορήγηση νιφεδιπίνης και η απότομη και δραστική μείωση της αρτηριακής πίεσης.
  10. Θα πρέπει να αποφευχθεί η αρτηριακή υπόταση και να αντιμετωπιστεί άμεσα, ιδίως σε ασθενείς σε ασταθή κατάσταση, με τη χορήγηση επαρκών ποσοτήτων υγρών και εφόσον κριθεί αναγκαίο, επιπλέον κλειδοσωμτικών διαλυμάτων και/ή κατεχολαμινών (επινεφρίνη 0,1-2mg/h και ντοπουταμίνη 5-50mg/h).
  11. Συνιστάται η παρακολούθηση των τιμών σακχάρου, ιδίως σε περιπτώσεις ασθενών με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη.
  12. Δε συνιστάται η χορήγηση σακχαρούχων διαλυμάτων λόγω των επιβλαβών συνεπειών της υπεργλυκαιμίας.
  13. Συνιστάται η άμεση χορήγηση ινσουλίνης, εφόσον καταγραφούν τιμές γλυκόζης >10mmol/L.
  14. Συνιστάται η άμεση διόρθωση της υπογλυκαιμίας με τη χορήγηση δεξτρόζης ενδοφλεβίως ή διαλύματος γλυκόζης 10-20% ενδοφλεβίως.
  15. Συνιστάται αντιπυρετική αγωγή, εφόσον η θερμοκρασία του σώματος ξεπεράσει τους 37,5°C.
  16. Σε περιπτώσεις πυρετού, συνιστάται ο σχετικός έλεγχος για το ενδεχόμενο υποκείμενης λοίμωξης, προκειμένου να ξεκινήσει η ανάλογη αντιβιοτική αγωγή.
  17. Δε συνιστάται η προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών, αντιμυκητιασικών ή ιστατικών φαρμάκων, σε μη ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς.
  18. Συνιστάται η παρακολούθηση και διόρθωση των διαταραχών του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών.
- Είναι σημαντικό, ο ελεύθερος επαγγελματίας ιατρός να γνωρίζει τις οδηγίες αυτές, καθώς και τις ενδεχόμενες τροποποιήσεις τους, ανατρέχοντας τακτικά στην ιστοσελίδα της EUSI, που πρόσφατα μετεξελίχθηκε σε ESO, ώστε να είναι έτσι επιστημονικά και νομικά κατοχυρωμένος στην άσκηση του λειτουργήματός του.

#### Βιβλιογραφία

1. European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management – Update 2003. Cerebrovasc Dis 2003; 16:311-317.